

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	ENERO
Nombre	Lilianna Patricia Díaz Villar
RUT	
Profesión	Trabajadora Social
Departamento	De Programas Sociales
Programa Social	Apoyo Social Integral al Presupuesto Familiar 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026-31/12/2026
Actividad Genérica	GESTOR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Específica	BRINDAR ATENCION ESPECIALIZADA A LOS VECINOS QUE SOLICITAN APOYO EN BENEFICIOS INDISPENSABLES PARA SU SUBSISTENCIA, GESTIONANDO LOS RECURSOS Y ACCIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR RESPUESTA A SUS SOLICITUDES.

Actividades efectuadas en el mes:

Se realizaron 24 visitas domiciliarias a las familias en fase de acompañamiento del Programa Familias del Sistema Seguridades y Oportunidades
Se realizaron 30 coordinaciones telefónicas con las familias activas del programa para coordinar sesiones de acompañamiento
Se ingresó diariamente las sesiones familiares y sociolaborales al sistema SSO 2026.
Se ingresó periódicamente las gestiones al sistema A.T.S.
Se ingresó diariamente las sesiones familiares y sociolaborales a las carpetas digitales.
Participación en reuniones de coordinación con Jefatura y equipo del Depto. de Programas Sociales.
Apoyo en la revisión de nóminas de atención clínicas correspondiente a la Clínica Nueva Cordillera.
Se realizaron coordinaciones interinstitucionales con redes intra y extramunicipales, en el contexto de los procesos de intervención psicosocial de las familias intervenidas.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe de Departamento de Programas Sociales, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Liliana Patricia Díaz Villar**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **ENERO de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa Apoyo Social Integral al Presupuesto Familiar **2026-2027**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **ENERO de 2026**; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. **Liliana Patricia Díaz Villar**.

Nombre Jefe de Departamento	Soledad Aguro Müller	
Firma y timbre Jefe de Departamento		



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRÍOS